

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

N°
905

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude, Lucien, Alfred GRENET

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 27 Juin 1932, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 1963

LA DOUGLASSECTOMIE EN GYNECOLOGIE
INDICATIONS - RESULTATS

(A PROPOS DE 100 CAS)

Président : M. HUGUIER, Professeur

— I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : GRENET

Prénoms : CLAUDE, LUCIEN, ALFRED

Date de soutenance : 25 juin 1963

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

GRENET (CLAUDE, LUCIEN, ALFRED) — La douglasséctomie en gynécologie. Indications. Résultats. A propos de 100 cas. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 55 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

GRENET (CLAUDE, LUCIEN, ALFRED) — La douglasséctomie en gynécologie. Indications. Résultats. A propos de 100 cas. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 55 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

GRENET (CLAUDE, LUCIEN, ALFRED) — La douglasséctomie en gynécologie. Indications. Résultats. A propos de 100 cas. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 55 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

GRENET (CLAUDE, LUCIEN, ALFRED) — La douglasséctomie en gynécologie. Indications. Résultats. A propos de 100 cas. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 55 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude, Lucien, Alfred GRENET

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 27 Juin 1932, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 1963

LA DOUGLASSECTOMIE EN GYNECOLOGIE
INDICATIONS - RESULTATS

(A PROPOS DE 100 CAS)

Président : M. HUGUIER, Professeur



I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.), ABOULKER (P.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) — <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) — <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.)	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaud</i> : MILLIEZ (P.) — <i>Broussais</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.), BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.)	
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) :	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
----------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

- Anatomie :
MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.), *pr. s. ch.*
- Anatomie pathologique :
Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*; MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).
- Anesthésiologie :
MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).
- Bactériologie :
MM. BARBIER (P.), *pr. s. ch.*; CHRISTOL (D.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).
- Biochimie médicale :
MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JEROME (H.).
- Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).
- Carcinologie :
MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).
- Dermato-Syphiligraphie :
MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).
- Electro-Radiologie :
M. LEDOUX-LEBARD (G.).
- Hématologie :
MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).
- Histologie :
MM. COIJARD (R.), *pr. s. ch.*; MAROIS (M.); RACADOT (J.).
- Hydrologie :
MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).
- Hygiène :
MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLANCHER (G.); Mme CORRE-HURST (L.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).
- Maladies infectieuses :
MM. BASTIN (R.), *pr. s. ch.*; DUPONT (V.).
- Médecine légale :
MM. FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).
- Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).
- Neuro-chirurgie : M. PERTUISET (B.).
- Neurologie : M. LAPRESLE (J.).
- Obstétrique :
MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LEVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).
- Ophthalmologie :
MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).
- Orthopédie :
MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).
- Oto-rhino-Laryngologie :
MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).
- Parasitologie :
MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).
- Pathologie chirurgicale :
MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.); DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.); THOMERET (G.).
- Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).
- Pathologie expérimentale :
MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOIVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).
- Pathologie médicale :
MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.); LÉVÊQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.); TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).
- Pédiatrie-Puériculture :
MM. LAFOURCADE (J.); LEPERCO (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.),
pr. s. ch.; DURAND (J.); GIRARD *m.*
conf.; HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.),
m. conf., *pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m.*
conf.; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.),
m. conf.

Pneumo-phtisiologie :

MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :

MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.);
FLAVIGNY (H.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

pr. s. ch.

Stomatologie :

MM. CERNEA (P.); Mme CHAPUT
(A.), *m. c. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :

MM. CHASSAGNE (P.); MARCHE (J.).

Urologie :

MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :

MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :

MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :

MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :

M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDUIROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté

M. LENA (J.)

Secrétaire principal

Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque.

Conservateur du Musée d'Histoire de la

Médecine

M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs

Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.),
QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaire

Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

Je leur dois tout. Qu'ils trouvent ici une nouvelle preuve de ma profonde reconnaissance et de ma tendre affection.

A MON ÉPOUSE

Sa douce et constante collaboration m'est un précieux soutien. Elle a toute ma confiance et mon affectueuse tendresse.

A MES BEAUX-PARENTS

Avec toute mon affection.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES HUGUIER

Professeur de la Chaire de Pathologie Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui m'a fait l'honneur de vouloir bien
présider cette thèse.*

*Qu'il trouve ici l'expression de ma réelle
gratitude et le témoignage de mon profond
respect.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BERNARD JAMAIN

Gynécologue-Accoucheur de l'Hôpital Bichat

Professeur au Collège de Médecine

Il m'a inspiré cette thèse.

Il m'a accueilli pendant deux ans avec beaucoup de gentillesse au sein de sa "grande famille médicale". Par sa douceur et son dévouement inlassable, il m'a confirmé dans ma future mission morale. De tout cela, je le remercie très vivement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT LETESSIER

Gynécologue-Accoucheur Assistant des Hôpitaux de Paris

Il m'a permis de réaliser ce travail et a exercé sur moi une influence professionnelle profonde et déterminante.

Qu'il trouve ici l'expression de ma grande reconnaissance et de ma sincère gratitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FRANÇOIS LEPAGE

Professeur de Physiologie et Pathologie Obstétricales
Gynécologue-Accoucheur de l'Hôpital des Enfants-Assistés

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour la confiance qu'il m'accorda dans son Service lors de mes balbutiements obstétricaux et pour l'enseignement qu'il me prodigua avec toujours beaucoup de patience.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN RAVINA

Gynécologue-Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

*En remerciement de son enseignement
souriant à la Maternité de "Sa-Riboi-
sière".*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JULES BRET

Gynécologue-Accoucheur de l'Hôpital Intercommunal de Créteil

Qui me donna mes premières notions de gynécologie et d'obstétrique, et m'orienta définitivement dans cette voie.

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A MES MAITRES, LEUR ANCIEN ÉLÈVE

*En remerciement pour l'enseignement
qu'ils m'ont donné.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCC

MONSIEUR LE DOCTEUR HEPP

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. BINET

MONSIEUR LE PROFESSEUR KOURILSKY

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOLLARET

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEGOS

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALAJOUANINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAY

MONSIEUR LE PROFESSEUR COSTE

Nous nous proposons dans ce travail de préciser les indications et de rapporter les résultats de 100 douglassesectomies, pratiquées depuis 1955 à la Maternité de l'Hôpital Tenon, dans le Service du Docteur JAMAIN.

Ce chiffre tient compte essentiellement :

- de femmes revues secondairement ;
- et pour lesquelles notre recul varie de six mois à huit ans.

Dans ces conditions, nous nous croyons autorisés, au terme de huit années de pratique et à la lumière de ces 100 douglassesectomies, à faire le bilan complet de cette intervention et à préciser ce que l'on peut en attendre en gynécologie.

Pour éviter toute ambiguïté d'interprétation des résultats obtenus, nous nous efforcerons de définir avec précision, pour chaque groupe d'indication, le type de malades auquel cette intervention s'adresse ; la valeur de ses résultats dépendant, pour une grande part, de l'exactitude de son indication et de l'observation de contre-indications, d'ailleurs très rares.

Par ailleurs, afin de mieux poser le problème anatomo-clinique, d'une part, et de situer la douglassesectomie par rapport aux pexies, d'autre part, nous serons amenés à faire quelques rappels techniques, anatomiques et physio-pathogéniques.

Pour faciliter la compréhension de l'exposé, nous adopterons le plan suivant :

Chapitre I — DOUGLASSECTOMIE ET RÉTROVERSION UTÉRINE.

- A) Rappels anatomo-physiologiques.
- B) Rappels des principales pexies utérines :
 - *leurs avantages ;*
 - *leurs inconvénients.*
- C) La douglassesectomie. Technique.
- D) Type de malades auquel elle s'adresse :
 - *signes fonctionnels et généraux amenant à consulter ;*
 - *signes constatés lors du premier examen.*

- E) Constatations anatomiques lors de l'intervention.
- F) Résultats de la dougласsectomie :
 - *suites immédiates* ;
 - *résultats lointains au triple point de vue* : anatomique ; fonctionnel ; obstétrical.

Chapitre II — DOUGLASSECTOMIE ET TROUBLES DE LA STATIQUE UTÉRINE, SANS RÉTROVERSION UTÉRINE.

- A) Type de malades auquel elle s'adresse.
- B) Constatations anatomiques lors de l'intervention.
- C) Résultats : immédiats ; lointains.

Chapitre III — DOUGLASSECTOMIE. TEMPS COMPLÉMENTAIRE D'INTERVENTIONS SUR LE PETIT BASSIN.

- A) Type de malades auquel elle s'adresse.
- B) Etude de 7 observations :
 - *rappels physio-pathogéniques* ;
 - *discussion de l'intervention* ;
 - *résultats*.

CONCLUSIONS.

DOUGLASSECTOMIE ET RETROVERSION UTERINE

La rétroversion utérine est, de tous les troubles de la statique utérine, de loin le plus fréquent. Mais, si le plus souvent cette rétroversion utérine peut rester longtemps bien tolérée, sa découverte fortuite lors de l'examen gynécologique commande alors, en toute logique, l'abstention chirurgicale. A l'opposé, elle est parfois responsable de troubles fonctionnels nombreux et importants qui vont retentir, à plus ou moins brève échéance, sur l'état général de la femme, sur son psychisme et sur sa vie conjugale car, il s'agit de femmes jeunes, multipares dans la majorité des cas, en pleine activité génitale.

C'est dans ce cadre que nous avons, personnellement, fait notre étude.

Tout ce cortège pathologique explique que, depuis plusieurs décades, de nombreux auteurs se soient efforcés, par des procédés variés, de parer remède à cette affection grave de conséquences. Et si des traitements médicaux tels que traitements de posture, massages gynécologiques et cures thermales ont encore leurs partisans, c'est de plus en plus vers la cure chirurgicale de la rétroversion utérine que se sont progressivement tournés la plupart des auteurs qui espéraient une réparation physiologique et définitive des troubles anatomiques.

A. — RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Pour mieux saisir le but recherché par l'acte chirurgical, quel qu'il soit, nous rappellerons la position physiologique de l'utérus et ses principaux moyens de fixation.

On s'accorde à admettre que chez la femme en position debout et dans l'état de vacuité vésicale et rectale, l'utérus est couché

presque horizontalement en antécourbure, c'est-à-dire à la fois anté-versé et antéfléchi. L'axe du corps est pratiquement horizontal, l'axe du col fait un angle de 80 à 60° avec l'horizontale ; les deux axes faisant donc entre eux un angle de 100 à 120°, ouvert en bas et en avant. L'utérus, dans sa position ainsi définie, est bien soutenu ; en effet, il repose sur son col ; or, celui-ci est solidement amarré :

1° Par les formations antéro-postérieures :

- ligaments utéro-sacrés ;
- lames sacro-génito-pubiennes.

2° Par les formations transversales se confondant avec la base épaissie des ligaments larges ou paramètres (« ligament de Mackenroth » pour les Anglo-Saxons).

L'ensemble contribuant à former ce que CORDIER et GAVEL ont désigné sous le nom de « hile de l'utérus ».

Le col est soutenu à son tour par le vagin qui est renforcé latéralement par les releveurs de l'anüs et dont la face postérieure repose sur le noyau fibreux central du périnée. Le périnée apparaît donc, en définitive, pour l'utérus, comme son élément capital de soutien. Son insuffisance ou son délabrement explique pour une grande part le mécanisme de nombreux prolapsus génitaux, associés souvent à la rétroversion utérine.

Mais si l'utérus est normalement bien soutenu, il est orienté de façon variable et médiocre :

- tant par les ligaments ronds : formations longues et grêles, composées de tissu conjonctif, de vaisseaux, de fibres lisses et élastiques et qui vont se laisser distendre et étirer ;
- que par les ligaments larges : dont les lames musculaires restent trop frêles pour qu'ils puissent opposer une résistance valable aux différents mouvements de l'utérus.

Et cependant, à l'état physiologique, cet utérus reste très mobile. Cette mobilisation est déjà variable d'un individu à un autre, des différences constitutionnelles existant, tant au point de vue du degré d'antéflexion de l'utérus que de la longueur et de la résistance des formations ligamentaires sustentatrices. (Récemment, chez une nullipare de vingt-quatre ans, nous avons trouvé à l'intervention, un utérus rétroversé, ayant décrit un arc de 150°, au point que son col, saillant en haut, soulevait le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin.)

Par ailleurs, la direction et la position de l'utérus normal doivent pouvoir varier sous l'influence de la réplétion des organes creux voisins, vessie et rectum, ainsi qu'avec la pesanteur et la position du sujet.

Mais une cause majeure, parce que la plus fréquente, la gravidité, va encore accentuer cette mobilité :

- d'une part, en faisant cet utérus plus volumineux et donc plus lourd ;
- d'autre part, en étirant de façon considérable et irréversible ces différentes formations ligamentaires, ceci à la façon d'un ressort dont on a dépassé le seuil d'élasticité.

Dans les étiologies classiques de ces troubles anatomiques, un lever trop précoce est souvent noté. Dès lors, l'utérus globuleux n'étant plus attiré en avant, atteint puis dépasse la position verticale et tend à basculer en arrière. Dans ce mouvement, le col se translate en avant, attirant à son tour les formations ligamentaires postérieures et faisant béant le cul-de-sac de Douglas, jusque-là virtuel. L'ébauche d'élytrocéle associée à la rétroversion utérine n'est pas exceptionnelle, comme nous le verrons ultérieurement au chapitre de la clinique.

B. — RAPPEL DES PRINCIPALES PEXIES UTÉRINES

Le mécanisme de la rétroversion utérine, relativement simple, fait pourtant intervenir différents éléments anatomiques, ce qui explique le nombre et la variété des procédés chirurgicaux, souvent d'ailleurs assez complexes, qui ont été proposés pour réduire cette rétroversion, chacun d'eux faisant appel à tel ou tel de ces éléments :

- certains auteurs, agissant directement sur l'utérus, préconisent des « *hystéropexies directes* » ;
 - d'autres, utilisant les différentes formations ligamentaires, préconisent des « *hystéropexies indirectes* » ou « *ligamentopexies* ».
- Faisant volontairement abstraction des détails de technique, nous reprendrons succinctement ces principaux procédés quant à :
- leur principe ;
 - leurs avantages ;
 - leurs inconvénients ;

car ils ont tous à leur actif des succès mais aussi des échecs.

1) HYSTEROPEXIES DIRECTES

Elles utilisent l'utérus lui-même et fixent à la paroi abdominale :

- soit le corps dans les « *hystéropexies corporéales* » (type Terrier) ;
- soit l'isthme dans les « *hystéropexies isthmiques* » (type Delbet).

De plus en plus abandonnée, la première de ces techniques est, en outre, incompatible avec le développement normal d'un utérus gravide et ne saurait être encore éventuellement utilisée qu'après la ménopause.

Quant à la seconde, qui a d'ailleurs bénéficié assez longtemps de notre confiance, il faut lui reconnaître quatre inconvénients principaux :

1° La rétroflexion récidivante possible au-dessus du point de fixation isthmique.

2° L'étirement du péritoine au niveau des points de fixation entraînant la formation de véritables cordelettes entre lesquelles peuvent éventuellement s'engager des anses, avec le danger d'occlusion que cela représente.

3° L'allongement hypertrophique du col qu'elle favorise en faisant coïncider l'axe du col et celui du vagin.

4° L'ouverture du Douglas qu'elle entraîne favorise l'élytrocèle.

AMELINE et HUGUIER ont proposé une technique dans laquelle l'isthme est, cette fois, étiré non plus en avant mais en arrière, amarré par deux ou trois fils au disque lombo-sacré. Plus que d'une pexie, il s'agit d'une plastie qui vise au remplacement des ligaments utéro-sacrés distendus.

C'est une intervention rapide et relativement simple, qui conserve parfaitement l'orientation et la mobilité utérines, ce qui, à nos yeux, lui confère un avantage certain par rapport aux pexies précédentes. Elle s'applique précisément à la charnière utérine, axe transversal autour duquel l'utérus peut basculer. HUGUIER, qui, de cette intervention, a une très longue expérience, a obtenu de bons résultats. Cependant, des incidents ont été signalés. Ils sont de plusieurs types.

1) OCCLUSIONS INTESTINALES

Leur fréquence, après hystéropexies postérieures, a été étudiée surtout par les auteurs allemands, entre 1920 et 1930. Elle reste très faible. HUGUIER en rapporte un cas sur 200 observations ; le fil avait, semble-t-il, coupé le péritoine.

Par contre, comme l'ont rapporté, lors d'une récente séance à l'Académie de Chirurgie, LANGUEPIN, RETTORI et EPFELBAUM d'une part, SICARD et COUDERC d'autre part, LOUIS-RENÉ et G. LORD enfin, des complications infectieuses et orthopédiques semblent plus mal connues bien que plus fréquentes.

2) COMPLICATIONS INFECTIEUSES

A type de spondylo-discite, cédant, d'ailleurs, assez facilement à l'immobilisation plâtrée sous antibiotiques, elles seraient dues :

- soit à une inoculation per-opératoire par des points perforants vaginaux ;
- soit à une intolérance au fil ;
- soit à une sensibilité spéciale du disque, tissu mal vascularisé, à un germe préexistant.

3) COMPLICATIONS ORTHOPÉDIQUES

A type de lombalgies et de lombo-sciatiques. Elles seraient dues :

- soit à une perte d'élasticité des fibres de l'anneau du disque ;
- soit à une lésion de l'anneau par une aiguille trop grosse ;
- soit à la suspension d'un organe situé plus bas, sous traction excessive, et entraînant un affaissement du disque ou une échappée en arrière ou en avant du nucléus, ce qui provoquerait une irritation, voire une compression des racines.

Selon HUGUIER, on diminue beaucoup la fréquence des complications infectieuses en évitant les points perforants vaginaux. C'est pourquoi il déconseille, par exemple, de réaliser cette technique pour amarrer le vagin au promontoire, dans le même temps opératoire qu'une hystérectomie.

Quant aux complications orthopédiques, on les éviterait en utilisant du matériel fin (fils et aiguilles), en passant l'aiguille superficiellement non pas dans le disque, mais dans le surtout fibreux pré-vertébral ; il faut voir l'aiguille sur tout son trajet, enfin, en ne réalisant pas une traction trop grande.

Au total, cette technique possède l'avantage certain d'être postérieure, conservant à l'utérus non gravide une mobilité quasi-physiologique. Elle reste donc une technique précieuse aux indications précises, mais qui ne met pas absolument à l'abri de complications qui restent, d'ailleurs, selon HUGUIER, assez rares. Par ailleurs, son innocuité obstétricale n'est pas rigoureusement démontrée. Enfin, certains troubles de la statique lombo-sacrée, latents, sans traduction radiologique, aggravés par l'intervention, peuvent devenir douloureux.

Ce sont, vraisemblablement, ces quelques inconvénients et complications éventuelles qui ont fait dire à HUGUIER, au sujet de cette technique d'hystéropexie directe et postérieure, qu'elle n'était « qu'un pis-aller, le moins illogique, semble-t-il, et sensiblement meilleur que les autres ».

II) HYSTEROPEXIES INDIRECTES

Elles utilisent les différents moyens d'orientation de l'utérus :

1) PROCÉDÉ DE DARTIGUES

Il utilise une plicature des ligaments ronds passés à travers le ligament large correspondant, et unis entre eux, à la face postérieure de l'utérus, qui, cravaté par en arrière, est ramené en avant. Nous avons longtemps utilisé ce procédé, mais il faut reconnaître qu'en dehors du risque d'engagement possible d'une anse intestinale à travers l'orifice du ligament large, la situation antiphysiologique des ligaments et la nécrose auxquelles elle les expose, la récurrence enfin, ont jeté sur ce procédé un discrédit important.

2) PROCÉDÉ DE DOLERIS

Il consiste en une fixation sous-aponévrotique des ligaments ronds plicaturés. Si ce procédé, qui conserve à l'utérus une mobilité pratiquement physiologique, a pu donner entre les mains de son auteur, surtout, de bons résultats, il a parfois provoqué de graves accidents dont le principal est l'occlusion par engagement d'une anse intestinale à travers l'une des trois fossettes ainsi constituées :

- une médiane, entre utérus et paroi ;
- deux latérales, entre segment ligamentaire externe et paroi.

3) PROCÉDÉ DE PELLANDA-POLOSSON

Il constitue une variante du précédent ; en effet, la fixation ligamentaire est, ici, sus-aponévrotique, ce qui est destiné à pallier les risques d'occlusion reprochés aux précédents.

Enfin, parmi les différents procédés de raccourcissement ligamentaire :

4) LE PROCÉDÉ DE MOCQUOT

Il semble le plus simple et le plus physiologique. Les deux moitiés de chaque ligament rond, sectionné en leur milieu, sont adossées en canon de fusil. Mais, malheureusement, ce procédé s'adresse à des formations déjà étirées, affaiblies, grêles, au pouvoir d'orientation discutable.

5) TECHNIQUE D'ALLEN ET MASTERS

Parfois, il existe une déchirure importante du feuillet postérieur du ligament large, réalisant une véritable solution de continuité

décrite par ALLEN et MASTERS qui tiennent, dans certains cas, cette lésion pour responsable de la rétroversion utérine. Ces auteurs prétendent, alors, que la simple suture de cette brèche suffit à rétablir la statique utérine. Mais, pour notre part, il ne nous a pas été permis de vérifier ces constatations sur les cas personnels trop rares, il est vrai ; cette lésion restant assez exceptionnelle si l'on s'en tient à la description qu'en ont fait ces auteurs.

6) LE PROCÉDÉ DE PESTALOZZA, MODIFIÉ PAR COTTE

Il propose de maintenir l'utérus en antéversion et antéflexion, en fixant à la partie postérieure du fond utérin le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin, préalablement décollé. Si ce procédé n'expose à aucun danger réel, il présente cependant plusieurs inconvénients :

- parfois, ce lambeau péritonéal s'épaissit, devient peu extensible, voire rigide et, en antéversant l'utérus de force, peut gêner son développement physiologique au cours d'une grossesse ;
- à l'opposé, le lambeau trop fragile, soumis aux alternatives de réplétion et de vacuité vésicales, est tirailé, réduit, peu à peu, à quelques tractus adhérentiels, insuffisamment résistants pour éviter la récurrence.

Au terme de ce bref rappel technique, sans vouloir faire le procès des différents procédés que nous avons, pour la plupart d'entre eux, utilisés parfois avec bonheur, il apparaît clairement :

1° Que les pexies directes, isthmiques, les seules admises, modifient la position physiologique de l'utérus et ouvrent le cul-de-sac de Douglas en mettant l'axe de l'utérus dans le prolongement de celui du vagin, avec les risques d'allongement du col et de prolapsus que cela représente. Ceci, à l'exclusion cependant du procédé de fixation au disque lombo-sacré précédemment étudié.

2° Que les pexies indirectes, par contre, conservent une mobilité utérine pratiquement normale, mais sont source de trop fréquentes récurrences et d'accidents parfois graves ; elles sont, en outre, passibles des mêmes reproches que les procédés précédents.

Or, dans ces diverses techniques, un élément anatomique primordial est constamment négligé : le *cul-de-sac de Douglas*. Celui-ci, virtuel à l'état physiologique, devient en effet béant et d'une profondeur anormale dans les rétroversions utérines. Dans ce cas, il constitue une trappe toujours ouverte permettant à l'utérus déjà rétroversé de s'effondrer complètement, la poussée intestinale favorisant, par ailleurs, l'élytrocèle.

MARION, le premier, en 1904, tenta de combler cette lacune en oblitérant le cul-de-sac de Douglas par des bourses superposées, rapprochant le péritoine :

- pré-rectal ;
- pariétal ;
- rétro-vaginal.

Dans l'immédiat, cette technique a plusieurs avantages :

- elle conserve à l'utérus une mobilité pratiquement normale ;
- en attirant le col en arrière, elle redresse l'utérus ;
- enfin, elle corrige le prolapsus des ovaires, très souvent associé, et facteur responsable de douleurs pelviennes et, vraisemblablement, de dyspareunie.

En dépit de ces avantages certains, ce procédé assez délicat fait courir, de par son exécution un peu aveugle, des risques non négligeables aux uretères. Par ailleurs, l'étirement plus ou moins rapide, mais pratiquement constant, du péritoine au niveau des points d'attache et, donc, la formation de ponts péritonéaux, inter-recto-vaginaux, expose trop souvent à une récurrence et, parfois, à la formation de faux kystes. En outre, une anse intestinale peut s'engager entre les différents ponts et réaliser une occlusion.

Cependant, de ce procédé, nous avons tiré comme enseignement celui de supprimer, en même temps que le cul-de-sac de Douglas, le vide rétro-utérin, et, cela, de façon définitive. Nous nous sommes donc fixé comme but :

- 1° De corriger le trouble anatomique et, en même temps, de supprimer les troubles fonctionnels qu'il entraîne.
- 2° D'éviter la récurrence.
- 3° De ne nuire en rien à l'évolution d'une grossesse, jusqu'à terme.

Pour répondre à ce triple problème, nous nous sommes adressés à la douglasséctomie.

C. — LA DOUGLASSECTOMIE — TECHNIQUE

Pour la commodité de l'intervention, un fil est passé dans le fond utérin et dans chaque ovaire pour les maintenir soulevés (*fig. 1*).

L'incision du péritoine commence dans la fosse latéro-rectale, en regard du sinus sacro-iliaque, se poursuit latéralement le long de la paroi pelvienne, en dessous des annexes, gagne la face posté-

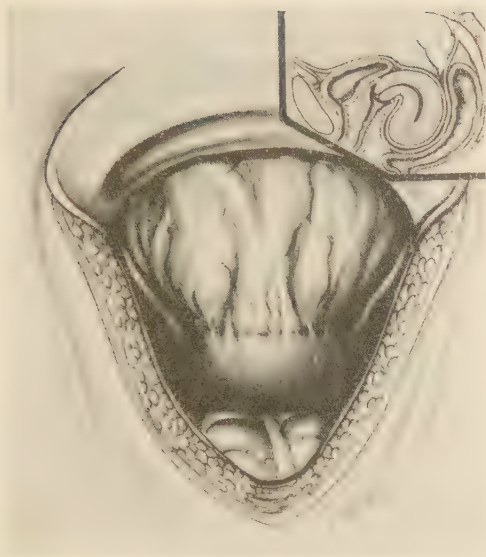


FIGURE 1: Aspect à l'ouverture du péritoine pariétal

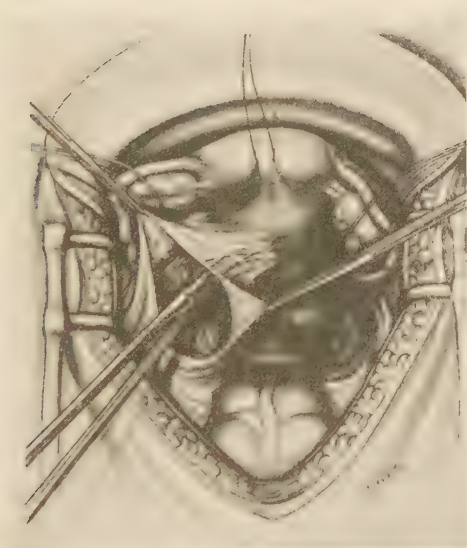


FIGURE 2



FIGURE 3

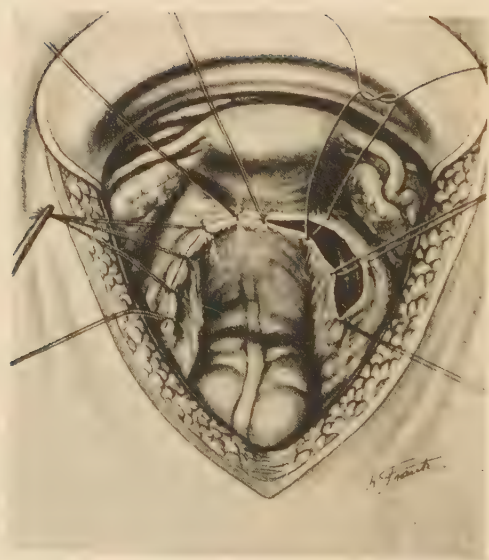


FIGURE 4: Début de la suture

rière du ligament large, puis de l'isthme utérin, et rejoint celle, symétrique, du côté opposé. Point important : tout au long de l'intervention, les ciseaux doivent rester au contact du feuillet péritonéal, constamment visibles par transparence. C'est ainsi que l'uretère, facilement repéré, est laissé à distance contre la paroi pelvienne, ne pouvant donc être lésé (*fig. 2*).

Au niveau de l'isthme utérin, le péritoine adhère plus intimement, rendant sa dissection plus délicate. On dissèque de haut en bas, de part et d'autre de la ligne médiane ; du tissu graisseux apparaît bientôt, indiquant qu'on est parvenu au fond du Douglas. Le clivage devient alors facile.

Le fond du Douglas exposé sur l'extrémité de deux doigts recourbés (*fig. 3*), on clive le péritoine en remontant la face antérieure du rectum jusqu'au niveau de la section latérale initiale. On résèque le lambeau. En tirant l'utérus en haut et en avant, on voit le fond du petit bassin, les uretères à distance contre la paroi pelvienne et le relief des ligaments utéro-sacrés que l'on suture d'avant en arrière par trois ou quatre points de nylon. On tasse un champ chaud et humide pour arrêter le petit suintement hémorragique qui se produit toujours au niveau de la surface cruentée, à la face postérieure de l'utérus.

La suture des deux feuillets péritonéaux, réalisée aux points séparés de nylon de chaque côté, du sinus sacro-iliaque à la ligne médiane, ne doit pas tendre exagérément (*fig. 4*).

Aussi l'importance du lambeau réséqué doit-elle sensiblement tenir compte de l'étoffe restante.

AVANTAGES

La résection du péritoine pelvien et du Douglas, en exposant parfaitement le fond du bassin, les uretères, la face postérieure du ligament large et la partie haute des ligaments utéro-sacrés permet :

- de ne pas léser les uretères ;
- de réparer une éventuelle déchirure du ligament large, sans risque de blessure pour les vaisseaux utérins ;
- de plicaturer les ligaments utéro-sacrés dans de bonnes conditions et de parfaire le « rétablissement » de l'utérus ;
- de remplacer le puits du Douglas par un plancher sur lequel reposent librement les annexes ;
- de garder à l'utérus sa mobilité et ses possibilités d'ampliation lors d'une grossesse future ;
- enfin, ce soutien utérin peut être réalisé dans le même temps opératoire qu'une intervention gynécologique.

INCONVENIENTS

On peut reprocher à cette intervention d'être délicate et, à première vue, disproportionnée avec l'anomalie anatomique à traiter.

Bien que de technique facile, elle exige, effectivement, plus de minutie et d'attention que certains autres procédés. Par contre, la douglasséctomie nous apparaît comme un geste parfaitement en rapport avec l'importance des troubles fonctionnels et, par voie de conséquence, avec les perturbations du psychisme et de la vie conjugale de la femme, qu'entraîne la lésion anatomique initiale.

D. — TYPE DE MALADES AUQUEL ELLE S'ADRESSE

Nous nous bornerons à rapporter notre expérience personnelle portant sur 72 femmes opérées durant ces huit dernières années pour rétroversion utérine mobile et douloureuse. Il s'agissait de femmes :

- jeunes, aux environs de la trentaine ;
- multipares pour 51 d'entre elles, dont 29 avaient déjà 3 enfants ou plus ;
- en période d'activité génitale.

Ces chiffres ne tiennent compte que des femmes revues secondairement et pour lesquelles nous disposons d'un recul d'au moins six mois.

I) SIGNES AMENANT A CONSULTER

SUR LE PLAN FONCTIONNEL

1) LES DOULEURS

Constituent un signe rigoureusement constant. Ces femmes souffrent de douleurs pelviennes et lombaires le plus souvent, dans l'ensemble modérées, à type de gêne, plus ou moins lancinantes, au niveau des lombes, de pesanteur au niveau du bas-ventre, s'exacerbant à la station debout prolongée, à la marche, à la fatigue d'une façon générale, aux secousses surtout.

Des algies hypogastriques ou iliaques sont beaucoup plus rares. Par contre, afin d'éliminer une anomalie osseuse vertébrale, éventuellement responsable de telles douleurs, il sera parfois utile de pratiquer une radiographie de la colonne vertébrale.

Dans l'ensemble, ces douleurs pelviennes et lombaires, courantes en gynécologie, devront être rapprochées des autres troubles fonctionnels pour prendre toute leur signification. Elles vont, progressivement, s'aggraver. Elles avaient souvent débuté, après une ou plusieurs maternités, avec gros enfants.

2) DYSpareunie

Nous l'avons retrouvée dans 65 % des cas. C'est une dyspareunie profonde entraînant, à la longue, chez la femme, une certaine appréhension des rapports, parfois même, une frigidité secondaire avec ses conséquences.

Mais en matière de douleurs spontanées, qu'il s'agisse d'algies pelviennes, lombaires ou vaginales profondes, il importe, pour pouvoir les rapporter à la sphère génitale, de les reproduire fidèlement par l'examen gynécologique (T.V. et palper combinés). L'examen sera d'autant plus évocateur qu'il réveille, à distance, des irradiations que la malade connaît pour les avoir ressenties dans d'autres circonstances.

3) DYSménorrhée

Il s'agit, ici, le plus souvent, de règles douloureuses dans leur ensemble, la douleur modérée, en général, ne cédant qu'avec l'arrêt de l'écoulement sanguin. Nous l'avons notée chez 23 de nos malades, soit dans 32 % des cas.

SUR LE PLAN GENERAL

1) TROUBLES DES RÈGLES

Ils sont loin d'être constants : 35 % des cas environ. Ils sont variables et peu explicites. C'est ainsi que, chez 25 de nos malades, nous avons retrouvé :

- soit des cycles irréguliers ;
- soit une spanioménorrhée ;
- soit des ménométrorragies.

2) POLLAKIURIE

Une pollakiurie a été notée chez 9 de nos malades, mais il ne s'est jamais agi de lésions périnéales importantes.

3) CONSTIPATION

qui, pour être courante chez la femme, nous est cependant apparue comme particulièrement opiniâtre dans ces cas.

4) ETAT GÉNÉRAL

L'altération, souvent marquée, de l'état général : a été notée dans 75 % des cas environ et se manifeste de plusieurs façons :

- l'amaigrissement en est la traduction la plus évidente : 54 de nos malades avaient perdu de 3 à 12 kg dans les douze mois précédant l'examen, sans qu'aucune explication n'ait pu en être valablement fournie ;
- l'asthénie et les troubles du caractère qui en découlent sont fréquents. En effet, ces femmes qui souffrent constamment, qu'aucun traitement antérieur, souvent, n'a pu soulager, fatiguées en permanence, n'ayant plus ni la force ni le goût d'assurer leur travail quotidien comme par le passé, deviennent rapidement nerveuses, irritables, rendant autour d'elles la vie difficile.

C'est au point que, devant certaines manifestations excessives, des femmes sont taxées de « psychiques » ou encore de « fonctionnelles » et orientées vers des consultations de psychiatrie. Nous avons même, dans notre série, deux tentatives de suicide chez des femmes ayant l'impression d'être complètement débordées par les événements et par la situation familiale à laquelle elles devraient faire face.

Toutes ces constatations s'observent chez la femme jeune, multipare. Cependant, nous avons constaté une seule fois, et de façon très nette, le même tableau chez une nulligeste. De toute façon, nous insistons sur les précautions nécessitées par l'examen de telles malades, pour ne pas révéler par une douleur trop vive, des phénomènes douloureux variés dont elles n'ont que trop l'appréhension.

II) CONSTATATIONS DE L'EXAMEN

- 1) La région vulvaire traduit, assez souvent, la multiparité.
- 2) Constamment et par définition, un utérus rétroversé, donnant au T.V. cette impression du col projeté derrière la symphyse, le corps utérin saillant dans le Douglas.
- 3) Fait important : dans 63 % des observations, l'utérus nous est apparu d'une mobilité excessive, se laissant facilement translater d'avant en arrière et transversalement. Or, cette mobilisation utérine est toujours très douloureuse et, fait capital à nos yeux, la douleur ainsi provoquée par l'examen reproduit fidèlement les douleurs spontanées accusées par la malade. C'est là, nous le verrons ultérieurement, l'un de nos arguments en faveur de la cure chirurgicale.

- 4) Associés à la rétroversion utérine, dans près de la moitié des cas (47 %), des culs-de-sac latéraux douloureux et, à leur niveau, des ovaires manifestement prolabés. Il arrive même que les ovaires ou l'un d'eux soient prolabés en dessous du corps utérin.
- 5) Le col apparaît souvent augmenté de volume, parfois déchiré transversalement, conséquence de la multiparité, mais rarement métritique.

Dans les cas où nous avons retrouvé une mobilité importante entre le corps et le col, il s'est avéré qu'il s'agissait de lésions rappelant le syndrome d'Allen et Masters.

Le T.R. retrouve la masse utérine et réveille la même douleur.

Au terme de cet examen, et avant de poser l'indication opératoire, il nous a semblé intéressant, dans les cas de mobilité utérine excessive, de mettre en place un pessaire, ceci, non pas au titre de cure de la rétroversion utérine, mais de traitement d'épreuve et de préliminaire à l'intervention chirurgicale.

Quel que soit le type de pessaire utilisé, celui-ci doit s'adapter exactement au vagin et ne provoquer ni gêne ni douleur. Le pessaire d'Hodge nous paraît le plus pratique. Dans ces conditions, il sera laissé en place deux ou trois semaines, au terme desquelles on jugera de son efficacité. En effet, l'amélioration, voire la disparition des troubles fonctionnels, doit se produire d'une façon franche. Cette épreuve du pessaire n'a pas été pratiquée dans tous nos cas, car certaines situations nous ont paru particulièrement évidentes.

L'indication opératoire étant posée dans les circonstances et selon les données cliniques précédemment énoncées, voyons quel est l'aspect des lésions à l'ouverture du péritoine pariétal.

E. — CONSTATATIONS ANATOMIQUES LORS DE L'INTERVENTION

L'utérus est effondré dans le Douglas comme aspiré par celui-ci et se présente à nous par sa face antérieure attirant en bas et en arrière le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin (voir *fig. 1*).

Cet utérus n'a pas une coloration uniforme. On note la coexistence de zones livides et violacées dans 75 % des cas. Par ailleurs, il apparaît augmenté de volume et ramolli. Il est flanqué de ces deux ligaments ronds, grêles, étirés, sous tension, se dirigeant en bas et en arrière. Dans cette position, les annexes sont cachées. Lorsqu'on relève l'utérus, on découvre :

1° Les annexes qui étaient ainsi prolabées dans le Douglas. Les ovaires qui peuvent être normaux sont souvent dystrophiques, un peu augmentés de volume. Par ailleurs, et cela dans tous les cas, des varicocèles plus ou moins volumineux sont retrouvés au niveau des pédicules lombo-ovariens, témoin de troubles circulatoires provoqués par la bascule utérine.

2° Le Douglas, jusque-là fermé en haut par l'utérus comme par un clapet, nous apparaît exagérément profond et largement ouvert. Son fond est occupé dans 60 % des cas par 30 à 40 cm³ de liquide séro-sanguinolent. L'utérus toujours relevé, on peut encore noter :

3° De façon pratiquement constante, la saillie formée par les deux ligaments utéro-sacrés étirés par la projection en avant du col utérin.

4° Une anomalie au niveau du feuillet postérieur du ligament large, ceci chez 21 de nos opérés, soit dans 29 % des cas. S'agissait-il de syndromes d'Allen et Masters ? Si l'on se tient à la définition et à la description qu'en ont fait les auteurs, nous n'avons constaté que deux lésions répondant à ce syndrome. Il y avait en effet, dans ces cas, une véritable solution de continuité au niveau du feuillet postérieur du ligament large à travers lequel faisaient hernie les vaisseaux variqueux sous-jacents. Dans les 19 autres cas, et de façon souvent bilatérale, le feuillet postérieur se montrait simplement aminci, comme érodé par la turgescence des vaisseaux flexueux et dilatés sous-jacents.

Dans les cas où il n'y a pas de solution nette de continuité, nous ne nous croyons pas autorisés à parler de syndrome d'Allen et Masters.

5° Enfin, dans toute la sphère génitale, le péritoine est aminci et présente souvent des zones congestives fragiles de dissection un peu plus délicate.

Ces différentes modifications anatomiques constatées dès l'ouverture, nous semblent suffisantes dans tous les cas pour expliquer la plupart des éléments du cortège fonctionnel qui amènent ces femmes à consulter.

Quoi d'étonnant en effet à ce que cet utérus, modifié dans son volume, dans sa statique et dans sa suspension, dans sa vascularisation enfin, soit douloureux dans son ensemble, voit l'une de ses fonctions physiologiques, la menstruation, perturbée et puisse favoriser quelques troubles urinaires et du transit intestinal.

Aussi, à la lumière de ces constatations, la douglasséctomie nous a paru pouvoir corriger les différentes lésions anatomiques constatées et résoudre en même temps le problème fonctionnel qui leur

est lié. En effet, en fin d'intervention, dans quelle position relative et sous quel aspect, les différents éléments anatomiques du petit bassin nous apparaissent-ils ?

1) UTÉRUS

L'utérus, après suppression du Douglas et exclusion du fond du pelvis, est parfaitement redressé par la suture des deux feuillets péritonéaux, pré-rectal et rétro-isthmique qui :

- d'une part, constitue un véritable plancher péritonéal supprimant le vide rétro-utérin et du même coup le risque d'une élytrocèle. Sur ce plancher, reposent désormais librement l'utérus et les annexes ;
- d'autre part, attirent le col utérin en arrière.

Pour parfaire ce dernier point, nous pensons intéressant de réaliser par deux ou trois points la plicature des ligaments utéro-sacrés qui, de ce fait, forment un bon soutènement au plancher péritonéal.

Cet utérus redressé garde une mobilité et une orientation pratiquement physiologique. Par ailleurs, il a perdu sa coloration marbrée, retrouvant dès la fin de l'intervention une coloration rose uniforme.

2) ANNEXES

Les annexes reposent désormais sur le plancher péritonéal inter-recto-isthmique, n'ayant plus la possibilité de se prolaber dans le Douglas. Elles flanquent désormais l'utérus de part et d'autre.

Au niveau des pédicules lombo-ovariens, les varicocèles constatés en début d'intervention ont véritablement « fondu » à la fin de celle-ci.

3) LIGAMENT LARGE

Enfin, les différentes lésions du feuillet postérieur du ligament large assez couramment notées, sont corrigées du même coup par la résection du lambeau péritonéal ; car, dans les cas où une véritable solution de continuité est constatée au niveau du feuillet postérieur du ligament large, nous estimons que la simple suture de la brèche péritonéale, comme l'ont proposé ALLEN et MASTERS, ne suffit pas à réparer cette lésion et donc à supprimer les troubles fonctionnels qui leur sont liés. Pour notre part, nous avons tenté deux fois une suture simple de la brèche ; ce fut deux échecs avec réapparition très rapidement après l'intervention des troubles fonctionnels initiaux.

La douglasséctomie terminée, nous pouvons donc affirmer que tout est en place dans le petit bassin et que l'ordre physiologique des choses est rétabli. Or, au terme de cette intervention qui reste, repétons-le, technique simple, trois questions logiques et primordiales se posent d'emblée à l'esprit :

- 1) Les résultats anatomiques évidents acquis dans l'immédiat par la douglasséctomie seront-ils définitifs, évitant la récurrence classique, trop fréquent écueil de la plupart des techniques antérieures ?
- 2) La correction des troubles anatomiques entraînera-t-elle la disparition totale des troubles fonctionnels et dans l'affirmative pour combien de temps ?
- 3) Cette intervention exposera-t-elle à d'éventuels accidents obstétricaux ou, au contraire, respectera-t-elle pleinement l'avenir obstétrical de ces femmes, c'est-à-dire la possibilité pour elles :
 - de grossesses évoluant normalement jusqu'à terme ;
 - d'un travail et d'un accouchement se déroulant normalement ?

Ces trois questions vont trouver tout naturellement leurs réponses dans le chapitre suivant consacré aux résultats immédiats et lointains, tant anatomiques que fonctionnels, des 72 douglasséctomies rapportées ici et qui ont été pratiquées sur des femmes qui, répétons-le, étaient :

- jeunes aux environs de la trentaine ;
- multipares dans 71 % des cas ;
- en pleine activité génitale ;
- et qui ont toutes été revues secondairement.

L'intervention a toujours été précédée, naturellement, des explorations systématiques et communes à toute intervention chirurgicale, c'est-à-dire :

- numération, formule sanguine ;
- groupe sanguin, facteur rhésus ;
- dosage d'urée, glycémie ;
- électro-cardiogramme ;
- taux de prothrombine, test de tolérance à l'héparine ;
- thrombo-dynamogramme parfois.

Pour certaines enfin, radio du rachis et urographie intra-veineuse.

F. — RÉSULTATS DE LA DOUGLASSECTOMIE

I) SUITES IMMÉDIATES DE L'INTERVENTION

Sur ces 72 opérées, 69, soit 95 % environ, ont eu des suites opératoires parfaitement simples. Ces opérées ont bénéficié d'une antibiothérapie banale :

— pénicilline : 1.000.000 d'unités ;

— streptomycine : 1 g ;

durant les trois premiers jours. Le lever a été effectué au bout de quarante-huit heures, mais le séjour en milieu hospitalier fixé à une dizaine de jours au moins.

Nous avons à signaler deux incidents :

— *Dans le premier cas*, il s'agit d'une malade de province qui voulut sortir le septième jour suivant l'intervention et fit 400 km en voiture pour réintégrer son domicile. Un hématome latéro-utérin se constitua qui, incisé par voie basse le vingtième jour, guérit très rapidement.

Il ne resta aucune séquelle et la malade que nous avons revue depuis est en excellente santé.

Chez cette femme, ce voyage trop long, pratiqué trop tôt, a été selon toute vraisemblance responsable de ce léger incident.

— *Dans le deuxième cas*, il s'agit d'une femme qui a présenté dans les suites opératoires des métrorragies nécessitant un curetage. Dans les vingt-quatre heures qui ont suivi, une septicémie compliquée d'anurie a nécessité le transport dans un service spécialisé.

Les suites ont été délicates, mais cette femme est guérie et revue récemment est en parfait état.

Par contre, pour ces 72 douglassectomies, nous n'avons à déplorer :

• AUCUN ACCIDENT URINAIRE

D'ailleurs, dans les cas malheureusement rares, où nous avons pu obtenir de la malade la pratique d'une urographie intra-veineuse, nous avons pu constater la parfaite intégrité des uretères, tant au point de vue morphologique que fonctionnel.

• AUCUN ACCIDENT OCCLUSIF

• AUCUN ACCIDENT PHLÉBITIQUE NI EMBOLIQUE

• AUCUN CHOC NI PER NI POST-OPÉRATOIRE ; l'intervention étant peu hémorragique et de ce fait la réanimation toujours facile et réduite au minimum.

II) RESULTATS LOINTAINS DE L'INTERVENTION

Pour ces 72 dougласsectomies pratiquées depuis 1954 pour rétroversion utérine mobile et douloureuse, toutes les femmes ont été revues secondairement soit de façon systématique, sur convocation, soit à l'occasion d'un examen pré-natal ou d'un accouchement.

Nous bénéficions donc actuellement, pour juger les résultats de cette technique, d'un recul variant de six mois à sept ans, ce qui nous paraît raisonnable. Or, le but de notre intervention étant triple, à savoir :

- corriger la rétroversion utérine ;
- améliorer sur le plan fonctionnel ces femmes qui souffrent en permanence ;
- conserver chez ces femmes jeunes la possibilité de grossesses au déroulement normal.

Nous étudierons les résultats de la dougласsectomie au triple point de vue :

- clinique ;
- fonctionnel ;
- obstétrical.

RESULTATS ANATOMIQUES

Jusqu'à maintenant, nous n'avons eu qu'une fois l'occasion de réintervenir chirurgicalement chez une de nos malades. Il s'agissait d'une grossesse extra-utérine, opérée en décembre 1962, deux ans après une dougласsectomie. Ceci nous a permis de constater le parfait état de l'appareil génital :

- utérus bien soutenu, mobile, mais sans excès, en parfaite position ;
- annexes saines reposant sur le plancher péritonéal inter-recto-isthmique ;
- absence de varicocèles au niveau du pédicule lombo-ovarien.

Le soutien utérin a donc parfaitement tenu. Dans tous les autres cas, nous avons eu recours au seul toucher vaginal qui nous permet cependant d'affirmer que la rétroversion utérine a toujours été parfaitement corrigée et s'est maintenue telle, même après plusieurs grossesses.

L'utérus se présente en effet en position intermédiaire, sa mobilité est normale, non douloureuse, les culs-de-sac latéraux sont sou-

ples, libres, non douloureux, les ovaires n'y sont plus perçus quand ils étaient antérieurement prolabés ; l'excessive mobilité du col par rapport au corps est supprimée.

De ce fait, le premier but de l'intervention nous paraît atteint et cela est d'autant plus encourageant que 7 de nos malades avaient été opérées dans les années précédentes pour leur rétroversion utérine par différentes pexies (dont 5 réalisées par nos soins) qui se montrèrent toutes manifestement insuffisantes, avec reproduction de la rétroversion utérine et réapparition de son cortège de troubles fonctionnels.

RESULTATS FONCTIONNELS

1) DOULEURS

Les douleurs, tant pelviennes que lombaires, qui étaient l'une des raisons majeures pour ces femmes de consulter, ont été totalement supprimées dans 97 % des cas. Ce résultat nous semble primordial quand on juge du retentissement de ces algies sur l'activité, l'état général et le caractère de ces femmes. Les 3 % d'échecs correspondent à la persistance de douleurs essentiellement lombaires chez deux femmes dont tous les autres troubles fonctionnels ont disparu. Il convient peut-être chez elles de rechercher une anomalie osseuse au niveau du rachis.

2) DYSMÉNORRÉE

La dysménorrhée, que nous avons signalée chez 23 de nos malades, a disparu totalement chez 19 d'entre elles. Pour les 4 autres, la douleur, bien que persistante, a été cependant très améliorée et il conviendra peut-être chez elle de tenter un traitement médical. Quant aux différents troubles des règles, d'ailleurs mineurs et signalés dans 35 % des cas, ils ont toujours été guéris.

3) DYSPAREUNIE

La dyspareunie, relevée chez 47 de nos malades, soit dans 65 % des cas, a disparu totalement chez 46 d'entre elles.

4) CONSTIPATION

La constipation opiniâtre a presque toujours disparu ou a été grandement améliorée et les quelques troubles urinaires signalés ont toujours disparu.

5) ETAT GÉNÉRAL

Sur le plan général, l'amélioration a été constante et spectaculaire. La reprise de poids a été étonnante, les femmes récupérant totalement dans les quelques mois suivant l'intervention, un an au plus, les kilos perdus antérieurement.

L'asthénie et le manque de goût au travail, que présentaient ces femmes en général, ont toujours disparu, même chez celles dont l'activité était la plus marquée : travail en usine, travail des mères de famille nombreuse.

Quant à la nervosité et aux troubles caractériels de nos malades, ils ont été grandement améliorés. D'ailleurs, s'ajoutant aux dires de ces femmes, maintenant calmes et détendues, le témoignage du mari vient encore confirmer notre conviction d'avoir contribué au soulagement et au bonheur de ces malades, ceci par un geste chirurgical qui reste à nos yeux relativement simple.

RESULTATS OBSTETRICAUX

Nous ne pouvons présenter un bilan obstétrical complet, car certaines de nos opérées, revues il y a un an ou plus, ont pu accoucher sans que nous le sachions, à Paris ou en province. Cependant, 14 grossesses nous sont connues. L'une de ces femmes a accouché trois fois et, deux autres, deux fois chacune. Pour ces 14 grossesses, nous n'avons à signaler :

- aucun accident, aucune fausse-couche, aucun accouchement prématuré ;
- dans tous les cas, la grossesse a évolué normalement, très bien supportée (mieux que la précédente pour 3 de nos malades) et ceci jusqu'au terme.

Ces 9 femmes ont accouché normalement par voie basse, donnant le jour à 14 enfants (6 filles et 8 garçons) parfaitement constitués, de poids variant entre 3.050 g et 4.450 g, le travail s'étant parfaitement déroulé dans tous les cas.

L'examen post-natal des mères nous a permis, fait important, de constater le maintien de l'utérus en bonne position.

Cinq de nos opérées sont actuellement enceintes de deux à sept mois. Leur grossesse évolue normalement, leur examen obstétrical étant régulièrement normal.

Ces résultats prouvent assez clairement combien l'avenir obstétrical de nos malades, qui était l'un de nos soucis, a été intégralement

respecté. Ceci n'est pas pour surprendre, vu la mobilité physiologique et les possibilités d'ampliation observées à l'utérus dans la technique proposée.

Ces différents résultats cliniques, fonctionnels et obstétricaux sont récapitulés dans le tableau ci-après.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Type de lésions ou troubles constatés lors du premier examen	Nb. de malades présentant lors du premier examen, la lésion ou le trouble	%	Nb. de malades chez qui le trouble ou la lésion a disparu totalement après Douglasséctomie	%
1) Bilan anatomique :				
RVU (par définition).	72	100	72	100
Mobilité utérine:				
- douloureuse	44	63	"	"
- excessive				
Culs-de-sac douloureux.....	34	47	"	"
Ovaires prolabés.....	35	48,5	"	"
2) Bilan fonctionnel :				
Douleurs				
- pelviennes	72	100	70	97
- lombaires				
Dysménorrhées.....	23	32	19	82
Troubles des règles..	25	35	25	100
Dyspareunie	47	65	46	98,5
Troubles urinaires (pollakiurie).....	9	12	9	100
Amaigrissement + asthénie.....	54	75	54	100
Nervosité + troubles du caractère	56	78	52	94
3) Bilan obstétrical :	- 14 grossesses normales avec 14 enfants : - 6 filles - 8 garçons - 6 grossesses évoluant actuellement			

Nous venons de rapporter les résultats obtenus chez 72 malades opérées depuis huit ans pour rétroversion utérine douloureuse, par douglasssectomie.

Nous avons tiré de ces résultats plusieurs enseignements :

- 1° La conviction que cette intervention, peut-être un peu plus délicate et exigeant un peu plus de minutie que la plupart des procédés antérieurs de pexies, reste techniquement très simple, peu hémorragique, se déroulant de façon précise et méthodique, sans danger aucun pour les uretères.
- 2° La correction parfaite et définitive de la rétroversion utérine même après un ou plusieurs accouchements.
- 3° La guérison totale et définitive des troubles fonctionnels dans une proportion égale ou supérieure à 95 %.
- 4° Une certitude absolue quant à l'intégrité du « potentiel maternité » chez ces jeunes femmes.

À la lumière de ces résultats, nous avons donc l'impression que la douglasssectomie a répondu favorablement au triple impératif :

- anatomique ;
- fonctionnel ;
- obstétrical ;

posé par la cure chirurgicale de la rétroversion utérine mobile et douloureuse, et qu'elle est digne d'apporter une contribution valable à ce problème gynécologique important, couramment posé à chacun de nous.

CHAPITRE II

DOUGLASSECTOMIE ET TROUBLES DE LA STATIQUE UTERINE SANS RETROVERSION UTERINE

Après avoir exposé les indications, la technique et les résultats de la douglassectomie dans un premier groupe de malades comportant 72 femmes porteuses d'une rétroversion utérine mobile et douloureuse, nous rapporterons maintenant les résultats obtenus par douglassectomie dans un deuxième groupe de malades comportant 21 femmes qui présentaient des troubles de la statique utérine *sans rétroversion utérine*.

Nous expliquerons, en cours de développement, les raisons qui nous ont amenés à pratiquer cette intervention, en l'absence de toute déviation utérine valable.

A. — TYPE DE MALADES AUQUEL ELLE S'ADRESSE

Dans tous les cas, il s'agissait :

- de femmes jeunes, 17 avaient moins de vingt-neuf ans ;
- multipares pour 15 d'entre elles, dont 3 avaient déjà trois enfants ou plus ;
- toutes en période d'activité génitale.

Comme précédemment, nous ne rapporterons que les observations de femmes revues secondairement et pour lesquelles nous avons un recul supérieur à six mois.

1) TROUBLES FONCTIONNELS AMENANT CES FEMMES A CONSULTER

Comme dans le groupe précédent, ces femmes souffrent et, là encore, ces douleurs dominent le tableau clinique.

Si les douleurs lombaires sont encore rencontrées, elles sont plus rares qu'en cas de rétroversion utérine : 4 malades sur 21, soit 20 % ; par contre, les douleurs pelviennes sont pratiquement constantes.

Mais ces femmes, en dépit de la banalité apparente de leurs douleurs, couramment retrouvées en gynécologie et qu'elles définissent souvent mal, ne doivent pas pour autant être trop facilement classées dans le groupe des « habituées des consultations de gynécologie ». L'interrogatoire doit être patient, méticuleux, précis. On apprend parfois, alors, que ces femmes, depuis leur avant-dernier ou dernier accouchement, où elles ont donné le jour à un enfant souvent gros (dans 68 % des cas, l'enfant pesait 3.500 g ou plus), souffrent de façon discontinue de douleurs pelviennes, rarement lancinantes, plus souvent à titre de pesanteur, plus nettes à la fatigue, à la marche, exacerbées par la montée d'un escalier ou les changements de position (passage de la position debout à la position assise ou couchée et inversement).

Mais pour pouvoir rapporter ces douleurs à leur cause exacte, il faudra :

1° Dans un premier temps, éliminer toute autre étiologie possible : infection génitale, troubles intestinaux, anomalie osseuse.

2° Dans un deuxième temps, les rapprocher des autres signes du cortège fonctionnel.

En effet, comme précédemment, ces femmes se plaignent fréquemment de dyspareunie, que nous avons retrouvée chez 13 de nos malades, soit dans 61 % des cas, et qui va, logiquement, entraîner chez ces femmes une appréhension des rapports. Quoi qu'il en soit, toutes ces douleurs devront être reproduites par le T.V. et le palper combinés.

Quant à la dysménorrhée, elle n'a été notée que chez 3 de nos malades, soit dans 13 % des cas seulement.

Si l'exposé de ce cortège fonctionnel fait apparaître, qu'en dehors de certaines variations de fréquence, les troubles fonctionnels accusés par ce deuxième groupe de malades sont pratiquement superposables à ceux trouvés dans le premier groupe, par contre, dans ce groupe de 21 malades, nous n'avons noté :

- ni troubles menstruels importants ;
- ni pollakiurie ;
- ni constipation opiniâtre ;

troubles qui, dans le premier groupe, devaient relever, essentiellement, de la bascule utérine.

Quant à l'altération de l'état général, elle a été notée chez 14 de nos malades, soit dans plus de 65 % des cas, traduite par un amaigrissement de 2 à 7 kg dans les dix-huit mois précédents d'une part, par une fatigue très marquée d'autre part. Mais, peut-être en raison de la fréquence moindre de la dysménorrhée et de la dyspareunie, ces femmes paraissent moins nerveuses, moins instables que celles du groupe précédent.

Cependant, toutes ces femmes ont un point commun : elles souffrent depuis plusieurs mois et, si certaines sont exaspérées de n'avoir pas été « prises au sérieux », d'autres sont découragées par l'échec de traitements médicaux divers et parfois nombreux. C'est dire combien il faudra montrer de tact et de compréhension, de patience à l'interrogatoire, de précautions et de douceur à l'examen gynécologique de telles malades.

2) QUE TROUVE-T-ON A L'EXAMEN DE CES MALADES ?

Jamais de rétroversion utérine par définition. En effet, l'utérus, de volume sensiblement normal pour une multipare, est en position intermédiaire.

Par contre, chez 18 de nos malades, soit dans 86 % des cas, nous avons noté une mobilité particulièrement excessive de l'utérus. En effet, on mobilise celui-ci très facilement de plusieurs centimètres, transversalement et plus encore d'avant en arrière. Il ballotte littéralement et donne l'impression d'être « échoué » dans le pelvis, parce que privé de ses amarres.

De plus, cette mobilisation utérine est souvent douloureuse et reproduit alors, assez fidèlement, les douleurs spontanées accusées par la malade, ou les douleurs provoquées lors des rapports.

Par ailleurs, chez 6 de nos malades, soit dans 26 % des cas, nous avons trouvé des culs-de-sac latéraux douloureux et, à leur niveau, des ovaires prolabés.

Au terme de cet examen, nous avons donc constaté, de façon presque constante, un utérus très mobile, donc l'effondrement entraîne un ensemble de troubles fonctionnels perturbant plus ou moins gravement la vie quotidienne, familiale et conjugale de ces femmes.

Or dans la mesure où un traitement médical avait été proposé antérieurement, il s'agissait :

- soit d'antispasmodiques allant des formes mineures aux opiacés ;
- soit de traitements vitaminiques ou à base de sel de potassium ;
- plus rarement, de cures hormonales plus ou moins prolongées ;
- soit de diathermie ;
- soit de massages gynécologiques.

En dehors d'une malade qui a été, semble-t-il, quelque peu améliorée par diathermie, de façon éphémère d'ailleurs, tous ces traitements se sont soldés par des échecs. Ceci nous paraît, d'ailleurs, assez facilement explicable par le type de lésions constatées à l'examen gynécologique.

C'est pourquoi nous avons cru plus logique de nous adresser à un traitement chirurgical qui, seul, nous a paru susceptible de corriger une lésion anatomique acquise. Là encore, nous nous sommes adressés à la douglasséctomie.

B. — QUEL EST L'ASPECT DES LÉSIONS A L'OUVERTURE DU PÉRITOINE PARIÉTAL

1) UTÉRUS

L'utérus se présente, cette fois, par son fond où la coexistence de zones livides et de zones violacées ne se rencontre, ici, que dans 55 % des cas. Mais, fait capital, l'utérus, souvent gros, rarement ramolli, s'est effondré sur place, au fond du pelvis, écrasant sous lui les annexes qu'on ne voit pas. Il gît au fond d'un puits et, de ce fait, les ligaments ronds, grêles et étirés, sont presque verticaux.

C'est là l'aspect classique et rigoureusement constant de toutes nos observations.

En saisissant l'utérus par ses deux cornes et en le tirant vers le haut, on a l'impression d'aspirer le fond du pelvis et on est surpris par l'amplitude de cette ascension verticale. Du même coup, on découvre le Douglas, souvent profond, et les annexes.

2) OVAIRES

Les ovaires étaient normaux chez 17 de nos malades. Nous avons noté 3 fois des lésions dystrophiques.

Au niveau des pédicules lombo-ovariens, on a noté chez 15 de nos malades, soit dans 70 % des cas, de volumineux varicocèles.

3) LIGAMENT LARGE

Par ailleurs, nous n'avons noté aucun vrai syndrome d'Allen et MASTERS, mais, par contre, chez 7 de nos opérées, le feuillet postérieur du ligament large était aminci et déformé par la saillie des vaisseaux sous-jacents dilatés.

4) LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS

Enfin, les ligaments utéro-sacrés sont étirés, non pas horizontalement vers l'avant, comme dans les rétroversions utérines, mais vers le bas.

Fait intéressant, ces lésions constatées à l'ouverture :

- aspect dystrophique des ovaires ;
 - varicocèles lombo-ovariens ;
 - déhiscence du feuillet postérieur du ligament large ;
- avaient été notées au cours du bilan pré-opératoire des rétroversions utérines. Cependant, elles sont, ici, moins constamment rencontrées et souvent moins marquées mais, néanmoins provoquées, semble-t-il, par l'effondrement important de l'utérus dans le pelvis. Par contre, leurs traductions fonctionnelles sont assez superposables à celles de la rétroversion.

C'est ce qui nous a amenés à penser que ces malades pourraient, elles aussi, bénéficier d'un traitement chirurgical, visant à une reposition de l'utérus et des annexes que la douglasséctomie serait, semble-t-il, capable d'assurer.

En effet, après résection du lambeau péritonéal et plicature des ligaments utéro-sacrés :

- l'utérus a perdu sa mobilité anormale ; il est plus haut fixé mais, cette fois, amarré par la plicature des utéro-sacrés et la suture péritonéale inter-recto-isthmique ;
 - l'utérus retrouve rapidement sa coloration normale ;
 - les annexes, bien visibles, reposent de part et d'autre de l'utérus.
- A leur niveau, les varicocèles ont déjà diminué de volume et la lésion du ligament large est réparée du fait de la résection péritonéale.

Quels ont été les résultats immédiats et lointains de cette intervention ?

C. — RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Nous les jugerons avec un recul variant de six mois à sept ans. Aucune des femmes de ce groupe n'avait subi de pexie antérieure-ment.

I) RESULTATS IMMEDIATS

Dans l'immédiat, l'antibiothérapie et la durée d'hospitalisation ont été les mêmes que pour les malades du groupe précédent.

Nous n'avons à signaler qu'un incident : il s'agit d'une phlébite qui, apparue vers le cinquième jour, devait très rapidement s'améliorer sous anticoagulants. La femme sortit le quatorzième jour. Par ailleurs, nous n'avons à signaler aucun accident urinaire ni occlusif, aucun choc.

II) RESULTATS LOINTAINS

Dans ce groupe de malades, nous n'avons jamais eu l'occasion de réintervenir chirurgicalement. Cependant, le T.V. nous permet d'affirmer :

- que l'utérus possède et conserve une mobilité normale ;
- que cette mobilisation n'est plus douloureuse, quand elle l'était initialement ;
- que les culs-de-sac sont libres, non douloureux, les ovaires n'y sont plus perçus.

Ce premier résultat anatomique nous paraît encourageant.

SUR LE PLAN FONCTIONNEL

1) DOULEURS

Les douleurs lombaires notées chez 4 de nos malades ont totalement disparu chez 2 d'entre elles, ont été améliorées chez une autre, ont persisté identiques chez la dernière.

Quant aux douleurs pelviennes qui, elles, étaient constantes, elles ont disparu chez 16 de nos opérées, soit dans 81 % des cas, ont été très améliorées chez 3 d'entre elles, persistantes chez 2 malades seulement ; chez ces dernières, il convient sûrement de se tourner vers une autre étiologie, endométriose peut-être.

En effet, au cours d'une de ces douglassectomies, nous avons trouvé une endométriose du ligament utéro-sacré gauche. Après résection de cette lésion et reconstitution du ligament, nous avons accolé celui-ci à son homonyme. Le laboratoire devait confirmer le diagnostic d'endométriose.

2) DYSPAREUNIE

La dyspareunie, signalée par 13 de nos malades, a toujours disparu, et ce n'est pas là le résultat le moins encourageant.

3) DYSMÉNORRHÉE

La dysménorrhée a cédé dans 2 des 3 cas signalés.

4) ETAT GÉNÉRAL

Enfin, l'état général, particulièrement altéré chez 14 de nos malades, a été très amélioré, ce qui s'est traduit par une reprise de poids notable chez 12 d'entre elles. Les 2 autres n'ont pas récupéré leur poids initial, mais ont bénéficié, comme dans les autres cas, d'une reprise d'activité particulièrement spectaculaire et d'une amélioration de leurs troubles caractériels, dires confirmés par leur entourage.

SUR LE PLAN OBSTETRICAL

Dans ce groupe de 21 opérées, nous avons eu connaissance de 6 accouchements parfaitement normaux, au terme d'une grossesse normale. Quatre autres femmes seraient, actuellement, enceintes.

L'innocuité obstétricale de ce soutien utérin nous est, ici, encore confirmée.

Ces résultats sont résumés dans le tableau ci-après.

Comparés à ceux du tableau précédent, ces chiffres montrent :

- 1° Un résultat anatomique aussi bon et aussi définitif, puisqu'il s'agit, répétons-le, de malades revues et pour lesquelles notre recul est presque toujours de plusieurs années.
- 2° Des résultats fonctionnels qui, pour être moins constamment favorables que dans le groupe précédent, restent, cependant, très encourageants. En effet, les douleurs pelviennes et la dyspareunie ont cédé dans plus de 80 % des cas. Or, ce sont précisément ces manifestations douloureuses qui rendaient l'activité quotidienne et la vie familiale de ces femmes de plus en plus difficile.

Dans l'ensemble, elles ont été très soulagées, ce qui justifie pleinement, à nos yeux, notre geste chirurgical.

Si, pour certaines d'entre elles, les troubles fonctionnels persistent à type de douleurs lombaires ou de dysménorrhées, il nous faudra vraisemblablement rechercher leur étiologie ailleurs que dans un trouble de la statique utérine. Des clichés du rachis et des hystérographies nous y aideront peut-être. Ces femmes seront revues dans ce sens.

Type de lésion ou trouble constaté lors du premier examen	Nb. de malades chez qui ces lésions ou troubles sont constatés	%	Nb. de malades chez qui cette lésion ou ce trouble a disparu totalement	%
Mobilité utérine :				
- excessive.....	18	86	18	100
- douloureuse.....	6			
Ovaires prolabés...	6	26	6	100
Douleurs :				
- lombaires.....	4	20	2	50
- pelviennes.....	21	100	16	81
Dysménorrhée.....	3	14	2	66
Dyspareunie.....	13	61	13	100

CHAPITRE III

DOUGLASSECTOMIE : TEMPS COMPLEMENTAIRE D'INTERVENTIONS SUR LE PETIT BASSIN

Après avoir exposé notre expérience de la douglassectomie comme soutien utérin dans les rétroversions utérines d'une part, dans des troubles précis de la statique utérine sans rétroversion d'autre part, nous voudrions, maintenant, rapporter, à la lumière de 7 observations, des cas pour lesquels nous avons été amenés à pratiquer une douglassectomie au cours d'une intervention portant sur la sphère génitale, mais en l'absence de toute anomalie de la statique utérine.

Dans ces cas, la douglassectomie s'est adressée à des malades beaucoup plus âgées que celles des deux groupes précédents (âge moyen : supérieur à quarante ans).

OBSERVATION I

Madame H..., âgée de trente-six ans, mère de deux enfants, a été traitée en novembre 1961 pour salpingite aiguë, par des antibiotiques et vaccins, sans résultat. A l'occasion d'un nouvel épisode fébrile et douloureux, en janvier 1962, la malade reçoit :

— Pénicilline	34.000.000
— Streptomycine	34 g
— Cortancyl	?
— Terramycine vaginale	

Ce traitement s'avère inefficace.

On voit la malade en mars 1962 au cours d'un nouvel épisode fébrile. Elle entre dans le Service le 28 mars 1962.

— Température : 37°8 ; Pouls : 85.

A l'examen gynécologique, on note un utérus un peu gros, douloureux à la mobilisation mais en bonne position. A gauche, une masse très douloureuse, mal limitée. Le cul-de-sac de ce côté, paraît infiltré. On décide l'intervention.

Le pelvis et la cavité péritonéale ne présentent aucune adhérence inflammatoire. L'utérus apparaît un peu gros, en position normale. Il existe un petit myome près de la corne droite.

Les trompes sont parfaitement normales. Leur pavillon est sain. Les ovaires sont normaux.

Par contre, il existe un dolicho-sigmoïde qui vient tomber dans le fond du Douglas, qui est de profondeur normale. Le feuillet postérieur du ligament large est aminci, laissant voir, par transparence, les vaisseaux utérins. Pas de varicocèles, ni utérins ni pelviens.

Cependant, on décide de pratiquer une résection du cul-de sac de Douglas, de façon à exclure définitivement le sigmoïde du pelvis. On complète par une plicature des utéro-sacrés sur la ligne médiane.

La malade revue récemment, a été parfaitement soulagée.

Dans cette observation, il n'y avait aucun trouble de la statique utérine, la dougласsectomie nous a pourtant rendu grand service.

OBSERVATION II

Madame J..., âgée de quarante-cinq ans, a été opérée en 1952 par pexie corporéale, d'une rétroversion utérine douloureuse ayant entraîné dyspareunie, dysménorrhée, constipation opiniâtre, altération marquée de l'état général. Elle ne fut améliorée que pendant six mois ; les troubles fonctionnels devant bientôt réapparaître.

On voit la malade en mai 1960. L'utérus, gros, myomateux, est en bonne position, mais douloureux à la mobilisation. Un point douloureux est retrouvé au niveau du Douglas. On décide l'intervention.

On constate le maintien correct de la pexie. Par contre, derrière cet utérus très gros, fibromateux, on note une hernie du Douglas et de nombreuses adhérences intestinales.

On pratique alors une hystérectomie totale, complétée par une dougласsectomie qui, dans le cas présent, nous permet :

d'exclure les zones cruentées créées par la libération des adhérences intestinales — de supprimer ce piège à anses qu'est le Douglas profond et qui risque de devenir encore plus béant après hystérectomie.

En effet, lors de la poussée abdominale, les forces de pulsion convergent vers l'arrière et plus précisément vers le coccyx et le cul-de-sac de Douglas qui, selon HUGUIER, constitue un « véritable infundibulum de réception des forces de pulsion ».

Or si le cul-de-sac est normalement virtuel, le col utérin venant le verrouiller par en haut, il peut devenir béant :

- dans les rétroversions utérines, comme nous l'avons exposé précédemment, le col étant projeté en avant ;
- mais aussi, après hystérectomie totale, le clapet cervical n'existant plus. C'est le cas des observations précédentes.

Dès lors, les anses intestinales sous la poussée abdominale peuvent s'y engager facilement (élytrocèle) et même être expulsées, en refoulant le cul-de-sac vaginal postérieur (ce qui représente, selon HUGUIER, 5 % des prolapsus).

OBSERVATION III

Madame P..., âgée de soixante-six ans, est opérée en 1956 d'une hystérectomie totale sans conservation d'annexes. Nous la revoyons un an plus tard avec un prolapsus total du vagin, la cicatrice vaginale apparaît à la vulve.

On réintervient donc et, après libération de quelques adhérences pariétales épiploïque, nous sommes frappés par l'ampleur et la profondeur du Douglas.

On pratique une dougласsectomie qui s'avère facile, complétée par une fixation du vagin au disque lombo-sacré ; le contact du vagin au promontoire pouvant être assuré sans traction excessive. On termine l'intervention par un temps périnéal.

Les résultats opératoires restent excellents deux ans après ; la malade se porte très bien.

OBSERVATION IV

Madame C..., trente-cinq ans, vient consulter en octobre 1961, pour pesanteurs et douleurs pelviennes, d'une part, pour ménorragies importantes depuis un an, d'autre part.

L'examen gynécologique découvre un utérus très gros, porteur de multiples fibromes, on décide une hystérectomie.

Lors de l'intervention, l'utérus de la taille d'un gros pamplemousse, apparaît déformé par de multiples myomes ; les annexes sont étirées à la surface de ces myomes et il n'est pas possible d'envisager une intervention conservatrice, étant donnée la situation des myomes et l'existence d'adhérences ayant symphysé le pavillon. Les ovaires sont normaux.

On pratique une hystérectomie totale avec suspension du dôme vaginal au fascia et aux utéro-sacrés. On constate alors que toute la face profonde du Douglas est cruentée et le siège d'un suintement assez abondant. Par ailleurs, le Douglas est particulièrement profond et dans ces conditions, il nous paraît à la fois plus simple et plus sage de compléter l'hystérectomie par une dougласsectomie.

Les résultats, à long terme, ont été très satisfaisants.

OBSERVATIONS V, VI et VII

Elles sont rigoureusement superposables.

Il s'agissait de trois femmes âgées de quarante-cinq, quarante-huit, et cinquante-cinq ans chez lesquelles l'indication d'hystérectomie totale fut portée pour fibromyomes utérins, douloureux et hémorragiques et celle de dougласsectomie pour ampleur et profondeur anormales du Douglas.

Les résultats ont été très bons dans les 3 cas.

* *

En résumé, dans ces 7 observations, contrairement aux malades des deux groupes précédents qui étaient toutes jeunes, en pleine activité génitale, la dougласsectomie s'est adressée :

- à des femmes toutes assez âgées (âge moyen : quarante-six ans) dont 2 étaient ménopausées ;
- dont l'une était déjà hystérectomisée ;
- et dont 5 bénéficièrent d'une hystérectomie associée à la dougласsectomie.

Donc, dans ces 7 cas, en l'absence de toute anomalie de la statique utérine, la dougласsectomie nous a paru intéressante et efficace :

- soit pour exclure des surfaces cruentées au niveau du Douglas ;
 - soit pour prévenir la formation de prolapsus vaginaux ou d'élytrocèle après hystérectomie, dans le cas de Douglas particulièrement profond.
-

CONCLUSIONS

Nous pensons que le nombre de dougласsectomies rapportées dans ce travail et le recul avec lequel nous jugeons leurs résultats, nous autorisent à définir les caractères majeurs de cette intervention :

- C'EST UNE INTERVENTION EXIGEANT UNE CERTAINE MINUTIE mais qui reste techniquement facile.
- AU POINT DE VUE DE SES INDICATIONS :

1) En ce qui concerne les troubles de la statique utérine et plus spécialement la rétroversion utérine mobile et douloureuse qui reste l'indication majeure, la dougласsectomie nous a permis d'obtenir ce qu'aucune autre technique ne nous avait apporté, à savoir :

- des résultats anatomiques parfaits et définitifs dans 100 % des cas ;
- une disparition définitive des troubles fonctionnels dans plus de 85 % des cas ;
- une innocuité obstétricale absolue.

L'objectivité de cette comparaison avec les diverses pexies nous est d'autant plus facile, que nous les avons toutes utilisées avant de nous adresser à la dougласsectomie.

2) En dehors des troubles de la statique utérine qui demeurent, répétons-le, son indication majeure, la dougласsectomie nous a permis, dans le même temps opératoire qu'une autre intervention sur le petit bassin (ce qui constitue un avantage certain) :

- d'une part, de résoudre simplement certains problèmes délicats de péritonisation au cours d'intervention sur le petit bassin ;
- d'autre part, après hystérectomie avec Douglas profond, de prévenir la constitution d'éventuels prolapsus ;
- enfin, de compléter par voie haute la cure par voie vaginale de certains prolapsus constitués.

Pour toutes ces raisons, la dougласsectomie nous paraît digne de la place et de la confiance que nous lui accordons depuis huit ans. Elle nous a permis de soulager bien des femmes et nous semble capable de rendre certains services dans la chirurgie du petit bassin.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
HUGUIER

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- CORDIER. — Anatomie chirurgicale de l'utérus. (*Encyclopédie, Méd. Chir., Gynécologie* 10 A° t. 1, p. 4.)
- FOURY (A.M.O.). — La rétrodéviation utérine douloureuse chez la femme jeune en période d'activité génitale. Pronostic et thérapeutique. Douglassectomie. (*Thèse, Paris* 1959, n° 911, 52 p.)
- HUGHIER (J.). — Prolapsus génitaux. Pathogénie et formes anatomo-cliniques. (*Revue du Praticien*, 1958, t. 8, n° 10, p. 1049.)
- HUGHIER (J.), CERBONNET (G.). — Chirurgie de l'utérus p. 230. Monographies chirurgicales. (Masson éd., Paris 1961.)
- JAMAIN (B.), LETESSIER (A.) et GRENET (C.). — Traitement chirurgical de la rétroversion utérine par douglassectomie élargie et plicature des ligaments utéro-sacrés. (*Gynec. Obst.*, avril-mai 1962, 61, n° 2, 230-240, 14 fig.)
- La rétroversion utérine. Indication et résultats de la douglassectomie. (*Gynec. Obst.*, sept.-oct. 1962, 61, n° 4, 501-514.)
- Traitement de la rétroversion par douglassectomie et plicature des ligaments utéro-sacrés. (*J. Chir.*, janv. 1963, 85, n° 1, 85-88.)
- MAHON et CHARTRUSSE. — A propos des dystocies consécutives aux ligamentopexies. (*Gynec. Obst.*, 1948, 47, n° 2, 237-238.)
- MERGER (R.), LÉVY (J.), MELCHIOR (J.) et BARRAT (J.). — Rétrodéviations de l'utérus. (*E.M.C., Gynec. I*, mars 1960, 250 A 30.)
- POLLOSSON (E.). — A propos du traitement de la rétroversion utérine. (*Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst.*, 1955, 7, n° 1, 49-52.)
- ROBERT (H.G.). — Les rétroversion utérines. (*Concours médical*, 26 avril 1952, 74, n° 17, 1587-1592.)
- SARFATI (G.). — Les indications chirurgicales de la rétroversion utérine isolée. (*Thèse, Paris* 1958, n° 359, 59 p.)

